

Datum: 2014-12-01

Uppföljningsrapport

Ersättningssystemet inom primärvården i Östergötland

Arbetsgrupp:

Kerstin Aldstedt

Lena Alsén Melin

Camilla Paananen

Martin Strömstedt

Anna-Karin Woodhouse Löfsved

Anne-Marie Zingmark

Stina Öberg

Datum: 2014-12-01

Innehåll

1	Inledning	3
2	Beskrivning av ersättningsystemet	3
2.1	ACG (Adjusted Clinical Groups)	4
2.2	CNI (Care Need Index)	5
2.3	Små vårdcentraler ensamma på orten.....	5
2.4	Ersättning för barnhälsovård (BVC).....	5
2.5	Kvalitetsbonus (mål och mått)	6
2.6	Ersättning för "Säker hemgång"	6
2.7	Besöksersättning	6
3	Uppföljning av ACG.....	6
4	Vad har den kontinuerliga uppföljningen visat hittills?.....	7
4.1	Förändring av ACG-värden över tid.....	7
4.2	Jämförelse ACG och andra parametrar	9
4.3	Diagnosregistrering	10
4.4	Jämförelser med CNI	12
5	Enkäter.....	14
6	Intervjuer	16
7	Risikanalys	16
8	Diskussion och möjliga alternativ	17
9	Rekommendationer och slutsatser	19

Datum: 2014-12-01

1 Inledning

Den 1 januari 2014 infördes ett nytt ersättningssystem för vårdcentralerna i Östergötland, i enlighet med beslut i HSN 2012-05-08 och HSN 2013-04-09. I samband med införandet gjordes en plan för hur uppföljningen skulle se ut under det första året. Denna rapport är i första hand en återslaggning av de resultat som framkommit under de uppföljningsaktiviteter som är gjorda under året, men också en beskrivning av kommande uppföljning som planeras framåt. Den ger också några förslag på justeringar som kan vara lämpliga utifrån de analyser som gjorts.

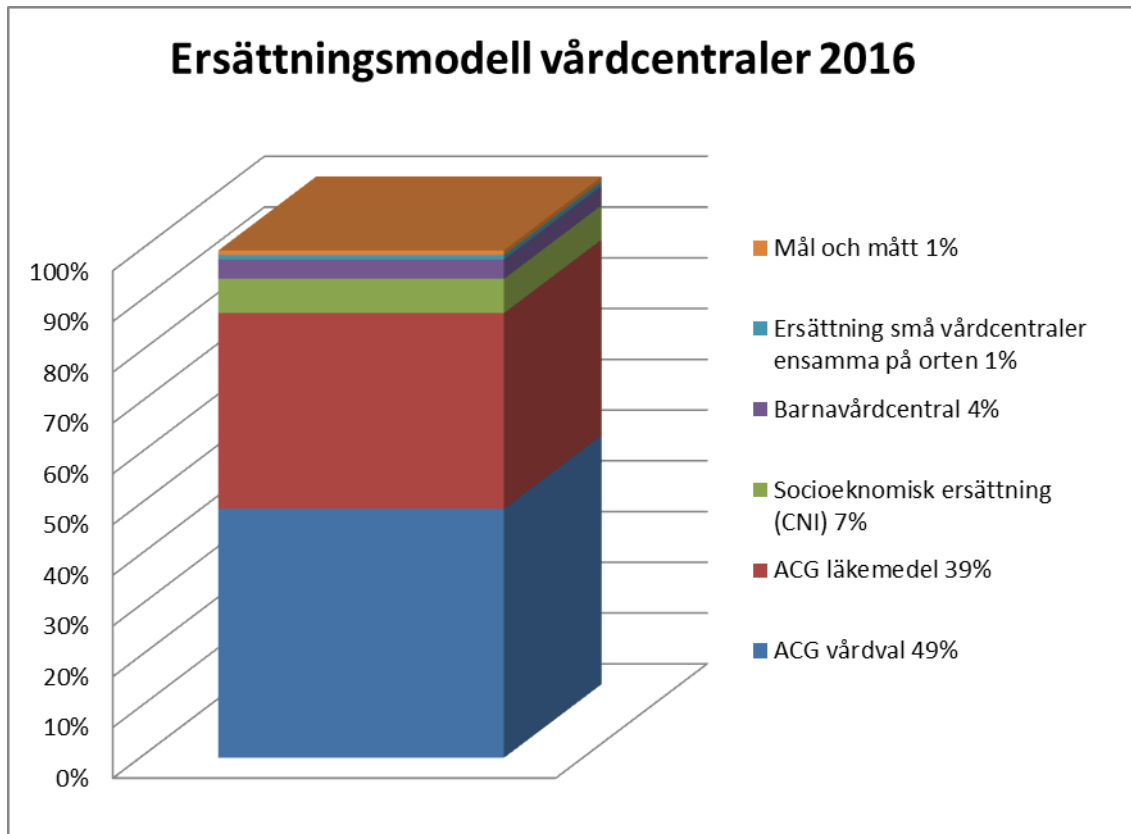
Inom primärvården pågår ett antal andra projekt, främst "Framtidens bästa primärvård" och "Holistiskt omhändertagande". De tas inte upp i denna rapport men slutsatser från dessa projekt kan komma att påverka även ersättningssystemet.

2 Beskrivning av ersättningssystemet

Enligt beslutet i HSN ska ACG införas under en treårsperiod med en tredjedel 2014, två tredjedelar 2015 och fullt ut 2016. Då ska ACG utgöra 88 % av den totala ersättningen till vårdcentralerna. Det är i dagsläget 13 landsting som använder ACG i sin ersättningsmodell till vårdcentralers verksamhet. Hur stor andelen är varierar från endast 2 % till 80 %. Landstinget i Östergötland kommer därmed att vara det landsting som har högst andel ACG-baserad ersättning i landet år 2016.

Nedanstående bild redovisar vårdcentralernas ersättningsmodell då ACG är helt genomfört, det vill säga år 2016. Varje del beskrivs sedan under egna rubriker.

Datum: 2014-12-01



Figur 1. Ersättningsmodell vårdcentraler 2016

2.1 ACG (Adjusted Clinical Groups)

Den största delen av ersättningen bygger på ACG (Adjusted Clinical Groups). Den delas in i en del som ersätter för den vård som vårdcentralerna utför åt sin listade befolkning (vårdvalsdelen) och en del som ersätter för läkemedelskostnaderna för den listade befolkningen (läkemedelsdelen). Läkemedelsdelen utgör drygt 40 % av ACG-ersättningen. Kombinationen av diagnoser ger en vikt som avgör nivån på ersättningen. Indirekta vårdkontakter som telefon, brev, daganteckning, recept **kan** diagnossättas om de är ett led i uppföljning av behandling eller utredning eller ersätter ett besök. Telefonrådgivning i TeleQ **ska inte** diagnossättas eftersom detta inte ger tillräckligt underlag för diagnos.

Den utsökning som görs varje månad för att få fram vårdcentralernas ACG-värden hämtar diagnoser satta inom en 18-månadersperiod. För läkemedelsdelen är alla diagnoser som sätts på patienten med, oavsett vilken vårdenhet som satt diagnosen. För vårdvalsdelen räknas endast de diagnoser med som vårdcentralen själv har satt. Många förekomster av samma diagnoskonstellationer under utsökningstiden ger inte större ekonomiskt utfall.

Datum: 2014-12-01

2.2 CNI (Care Need Index)

Som grund för en ersättning som bygger på de socioekonomiska förhållandena i den listade befolkningen används CNI (Care Need Index). Ersättningen omfattar c:a 7 % av vårdcentralernas ersättning.

CNI är individbaserat och bygger på sju olika variabler med olika tyngd:

• Ålder över 65 år och ensamboende	6,15
• Utlandsfödd (Asien, Afrika och Sydamerika, Syd- och Östeuropa men ej EU)	5,72
• Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år	5,13
• Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre	4,19
• Person 1 år eller äldre som flyttat in i området	4,19
• Lågutbildad 25–64 år	3,97
• Ålder yngre än 5 år	3,23

Eftersom en patient med socioekonomisk problematik kräver lika mycket oavsett var man är listad ger varje CNI-poäng samma ersättning oavsett vilken vårdcentral patienten är listad på. C:a 60 % av befolkningen har ingen CNI-variabel och 7-8 % av befolkningen har två eller flera variabler.

Tolk är en fri nyttighet för vårdcentralerna från och med 2014.

2.3 Små vårdcentraler ensamma på orten

En utredning under 2011 visade att det är svårare att få ekonomin att gå ihop på en liten vårdcentral. Även en liten verksamhet måste ha en viss basbemanning för att klara sitt uppdrag. Uppdraget för en liten vårdcentral är detsamma som för en stor. På en liten ort är det också svårt att öka antalet listade. Det är också svårare för en liten vårdcentral på en liten ort på avstånd från de större städerna att rekrytera läkare, vilket ofta orsakar kostnader för hyrläkare. De minsta vårdcentralerna som är ensamma på orten behöver en extra ersättning om de ska klara uppdraget med en ekonomi i balans. Gränsen för att få ersättning är högst 8000 listade. De vårdcentraler som berörs är Österbymo, Boxholm, Ödeshög, Skänninge, Kolmården, Vikbolandet, Mantorp, Lingham, Borensberg, Valdemarsvik, Vadstena och Skärblacka. Om någon skulle få fler listade så antalet 8000 överskrids tas ersättningen bort efter en övergångstid på 6 månader. Ersättningen omfattar ca 1 % av ersättningen till vårdcentralerna.

2.4 Ersättning för barnhälsovård (BVC)

Varje barn mellan 0-6 år i den listade befolkningen ger vårdcentralen en fast ersättning per barn och år. Ersättningen omfattar ca 4 % av ersättningen till vårdcentralerna.

Även inom BVC är det skillnad på socioekonomiska förhållanden mellan vårdcentraler. Detta regleras i den socioekonomiska ersättningen. CNI innehåller bland annat en faktor Barn 0-5 år.

Datum: 2014-12-01

2.5 Kvalitetsbonus (mål och mått)

Varje år beslutas om särskild mål- och måttersättning som kompletterar ersättningsystemet. Under 2014 gäller hälsofrämjande arbete genom fysisk aktivitet på recept och tobakslutarstöd samt insatser mot KOL. För 2015 gäller tobakslutarstöd, insatser mot KOL, samt rehabiliteringsarbete. Ersättningen omfattar ca 1 % av ersättningen till vårdcentralerna.

2.6 Ersättning för "Säker hemgång"

Vårdcentralerna ersätts för uppdraget "Säker hemgång" med en ersättning som baseras på ACG. Denna ersättning kan komma att reduceras om inte särskilda mål för uppdraget uppnås.

2.7 Besöksersättning

Vårdcentralerna får ersättning för besök gjorda av personer som inte är listade på enheten.

3 Uppföljning av ACG

Införandet av ACG har gett upphov till många frågor och synpunkter. Eftersom ersättningen bygger på de diagnoser som sätts på vårdcentralerna är det av vikt att följa hur diagnoserna sätts och hur diagnossättningen förändras över tid. För att få ett underlag för vad som behöver följas upp och även för att fånga in de åsikter om ACG som finns i verksamheten har flera uppföljningsaktiviteter genomförts. Se detaljerad uppföljningsplan bilaga 1.

- Kontinuerlig statistisk uppföljning.
- Enkät till alla läkare på vårdcentralerna.
- Intervjuer med några läkare och sjuksköterskor på åtta vårdcentraler.
- Ovanstående enkätsvar och intervjuer har använts som underlag för riskanalys i PV-samrådet.

Uppföljningsaktiviteterna fortsätter enligt plan och förutom fortsatta löpande statistiska analyser kan nämnas:

- Journalgranskning på några utvalda vårdcentraler av externa och interna medicinska rådgivare.
- Enkät till sjuksköterskor i primärvården.

I uppföljningsplanen ingår även att granska hur diagnossättningen ser ut och förändras med utgångspunkt från olika sjukdomsgrupper. Detta tas fram per helår och omfattar:

Datum: 2014-12-01

1. Antidepressiv behandling av patienter med depression
2. ADHD-och beteendestörningsdiagnos barn och unga ≤ 25 år
3. Bidiagnos hjärtinfarkt för patienter med 3 år tidigare hjärtinfarkt
4. Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt
5. Bisfosfonatbehandling för patienter med fragilitetsfrakturer

Tanken är bland annat att säkra kvaliteten på diagnossättningen genom att jämföra med läkemedelsförskrivning.

Ett antal rapporter som vårdcentralerna kan använda finns i rapportverktyget Webi på lisa. De uppdateras månatligen och ger möjligheter att följa utvecklingen. Följande rapporter finns:

1. ACG andel individer med visst antal unika diagnoser,
2. ACG antal diagnoser/kroniska diagnoser/major ADG's,
3. ACG antal listade i ACG-grupper,
4. ACG värde per listad,
5. ACG-värde per listad i åldersgrupper
6. Andel individer som besökt den egna vårdcentralen (vårdenhetstäckningsgrad).
7. CNI antal listade i varje CNI-parameter
8. CNI värde per vårdcentral.

[Länk till rapporter i Business Objects Webi.](#)

4 Vad har den kontinuerliga uppföljningen visat hittills?

4.1 Förändring av ACG-värden över tid

Innan ersättningsmodellen baserad på ACG infördes gjordes många simuleringar som skulle visa möjliga resultat för vårdcentralerna. ACG-data finns på jämförbart sätt sedan februari 2013, det vill säga ungefär tio månader innan modellen började införas. ACG-värdena per vårdcentral har förändrats en hel del sedan mätperioden började. Ersättningen till vårdcentralerna baseras på ett relativt ACG-värde där genomsnittsvärdet per listad i Östergötland är 1,0.

Avståndet mellan det högsta och lägsta ACG-värdet per listad har minskat på 21 månader. Det högsta värdet för en vårdcentral i februari 2013 var 1,27 och det lägsta värdet var 0,70. I oktober 2014 är det högsta värdet 1,23 och det lägsta 0,72. Det beror förmodligen på att vårdcentralernas diagnosregistrering numera är mer likartad än tidigare och det innebär att spridningen blir mindre.

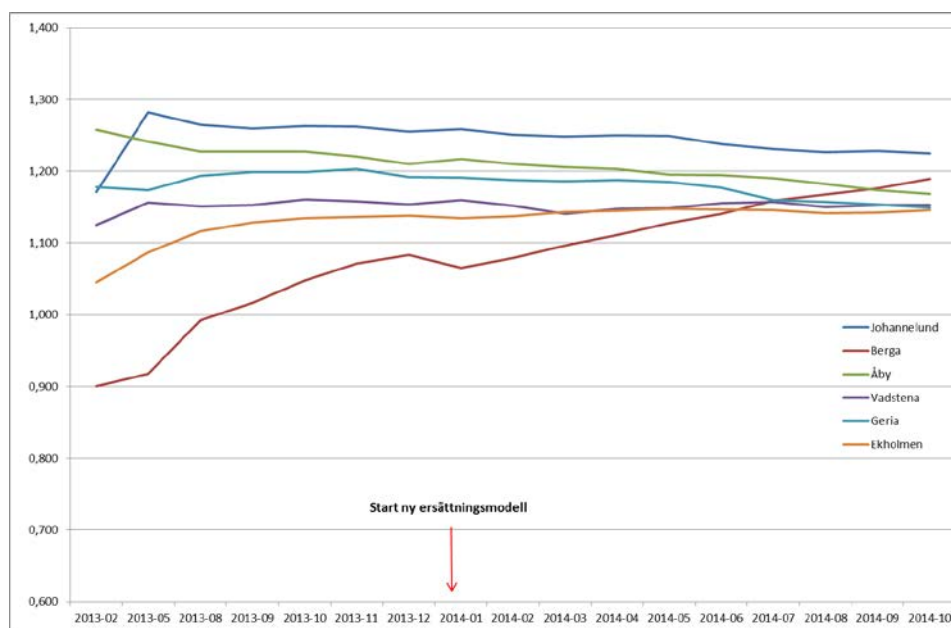
Det finns enskilda vårdcentraler som ökat eller minskat sina värden i ganska stor omfattning. Den vårdcentral som har ökat sitt ACG-värde mest har gått från 0,90 till 1,19 och den som minskat mest har gått från 1,22 till 1,00. Redovisade ACG-värden är för vårdvalsdelen av ACG där diagnoser satta inom primärvård används för utsökningen.

Datum: 2014-12-01

Avstånden i utfallet för ACG-värdena i läkemedelsdelen, det vill säga där diagnoser satta inom hela sjukvården används för utsökningen, har istället ökat något mellan den vårdcentral som har högst värde och den som har lägst. Det kan också konstateras att skillnaderna mellan det högsta och lägsta värdet är mindre för läkemedelsdelen jämfört med vårdvalsdelen.

Det är förväntat att ACG-värdena förändras. Vårdcentralernas diagnosregistrering har varit skiftande men ett arbete har gjorts för att ta fram riktlinjer som alla ska följa. Förändringen kommer att pågå under ytterligare något år. I till exempel Västra Götaland tog det ungefär tre år från det att ACG infördes till dess att vårdcentralerna hittade sina stabila normallägen.

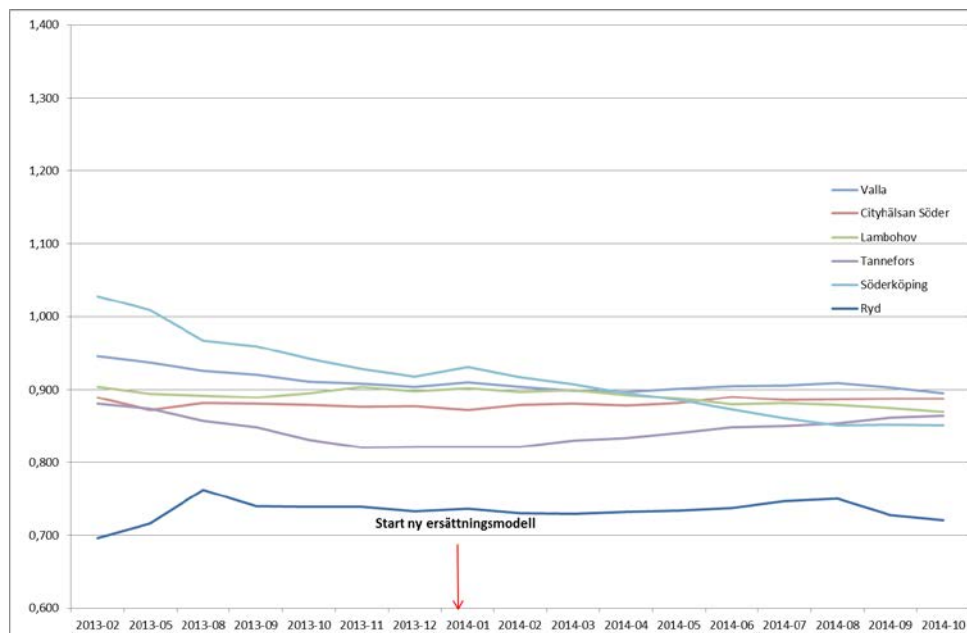
I diagrammet nedan visas ACG-värde per listad för de sex vårdcentraler som nu har högst värden och deras utveckling över tid.



Figur 2. ACG-värde per listad (vårdvalsdelen) för de sex vårdcentraler med högst värde i oktober 2014. (källa: Webi)

I diagrammet nedan visas ACG-värde per listad för de sex vårdcentraler som nu har lägst värden och deras utveckling över tid.

Datum: 2014-12-01



Figur 3. ACG-värde per listad (vårdvalsdelen) för de sex vårdcentraler med lägst värde i oktober 2014. (källa: Webi)

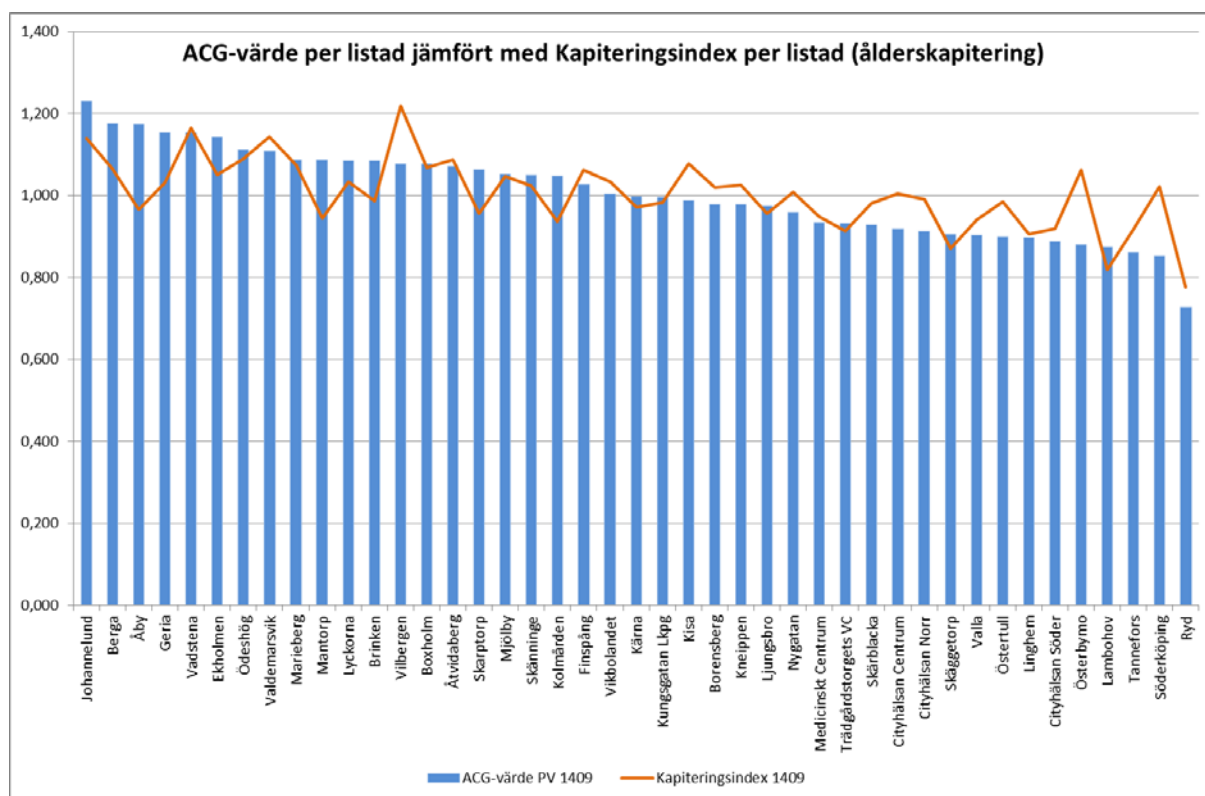
4.2 Jämförelse ACG och andra parametrar

Vid den kontinuerliga ACG-uppföljningen har försök gjorts att hitta bra jämförelsevärden. Den fråga som kan ställas är hur andra parametrar kan hittas för att verifiera ACG-värdet på en vårdcentral. Finns det andra mått som beskriver sjukdomsbördan i befolkningen och som kan jämföras med ACG-värdet?

De mått som har jämförts med ACG-värdet är bland annat kapiteringsindex (åldersviktning av befolkning), läkemedelskostnader, vårdenhetstäckningsgrad, CNI och vårdtillfällen i slutenvård.

Nedanstående diagram är en jämförelse mellan kapiteringsindex och ACG (vårdvalsdelen). Varje vårdcentral har en stapel lika hög som sitt ACG-värde och linjen visar dess kapiteringsindex. Det finns en viss korrelation mellan de båda måtten, men det finns vårdcentraler där det är en stor skillnad mellan ACG-värdet och kapiteringen. Det kan vara en skillnad som är naturlig och som speglar kapiteringens svaghet, det vill säga att ålder inte förklarar hela skillnaden i kostnader på de listade patienterna.

Datum: 2014-12-01



Figur 4. ACG-värde per listad (vårdvalsdelen) samt åldersviktat kapiteringsindex för alla vårdcentraler i Östergötland. (källa: Webi)

De andra måtten (läkemedelskostnader, vårdenhetstäckningsgrad och vårdtillfällen i slutenvård) som har jämförts med ACG-värdet per vårdcentral följer generellt samma mönster, det vill säga att det finns svagt samband, men att det också finns värden per vårdcentral där det är stora skillnader.

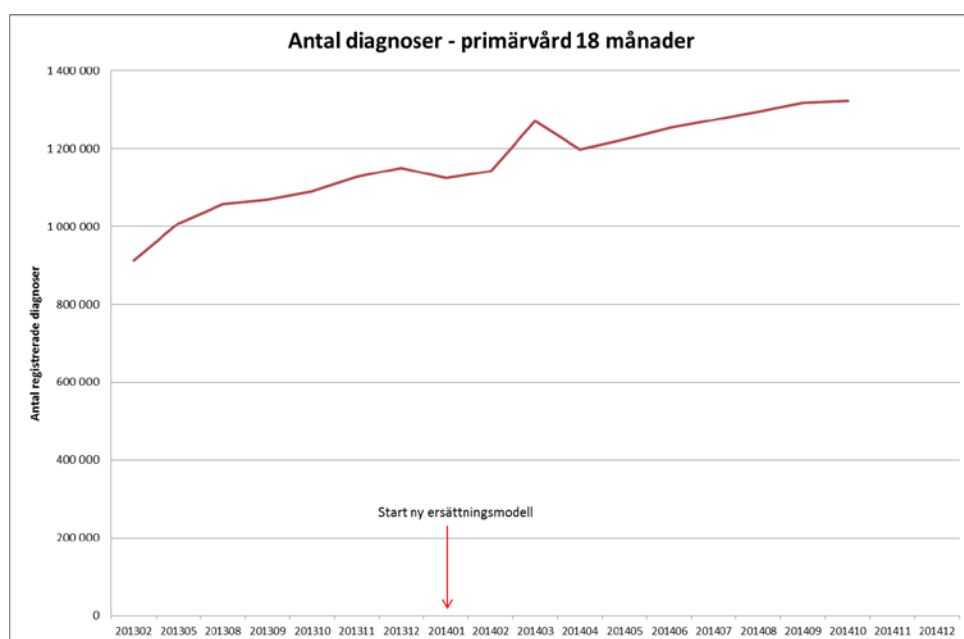
4.3 Diagnosregistrering

Införandet av en ersättningsmodell som baseras på de diagnoser som registreras på vårdcentralerna har inneburit att antalet registrerade diagnoser under en 18-månadersperiod har ökat med i genomsnitt 2 % varje månad, totalt cirka 45 procentenheter, från 912 000 diagnoser i februari 2013 till 1 323 000 diagnoser i oktober 2014. Det motsvarar en ökning från 2 till 3 diagnoser per listad. Denna utveckling är väntad och motsvarar också det som skett i andra landsting som fört in ACG i sin ersättningsmodell. Ökningen kommer antagligen att plana ut så småningom och hitta sitt normalläge. Anledningen till ökningen är att vårdcentralerna nu sätter fler än en diagnos vid besök om det är relevant, samt att andra yrkesgrupper än läkare börjat registrera diagnoser. Landstinget i Östergötlands ACG-modell tar hänsyn även till indirekta kontakter och därför beror en del av

Datum: 2014-12-01

ökningen av antal diagnoser till exempel på ökad registrering av diagnoser vid receptförnyelse utan ett besök.

Diagrammet nedan visar antal diagnoser som ACG-modellen tar hänsyn till och utvecklingen över tid.



Figur 5. Antal diagnoser registrerade i primärvård under aktuell 18-månadersperiod (källa: Webi)

Den absoluta ACG-vikten per listad har ökat över tid, från 1,43 till 1,84 och det är en följd av att diagnosregistreringen blivit mer frekvent och innebär att sjukdomsbördan till synes har ökat sedan ACG infördes. Utgångspunkten är dock att innan ACG infördes var sjukdomsbördan mätt i ACG-vikt för låg och nu börjar den verkliga nivån synas. En högre ACG-vikt per listad innebär inte att ersättningen till vårdcentralerna blir högre. Den totala mängd resurser som tillförs vårdcentralerna är densamma oavsett ACG-vikt per listad. ACG-vikten fördelar endast ersättningen mellan vårdcentraler.

Vid ACG-baserad ersättning i andra landsting har det i enstaka fall förekommit fusk i form av omotiverade diagnoser, det vill säga diagnoser som inte är relevanta för besöket. En förklaring till att sådant fusk förekommer är att många och svåra diagnoser kan ge ekonomisk vinning för den enskilda vårdcentralen. Det är därför viktigt att det finns klara riktlinjer kring diagnosregistrering. Riktlinjer som alla måste förhålla sig till. Utan detta kan ersättningssystemets trovärdighet ifrågasättas och vårdpersonalen känna sig otrygga i sin diagnosregistrering. Den planerade journalgranskningen är ett sätt att upptäcka eventuella fel och brister, samt minska risken för fusk. Inför att ACG skulle införas utfärdades ett dokument innehållande riktlinjer för "Diagnossättning och registrering av diagnoskoder i primärvården inför införandet av ACG".

Datum: 2014-12-01

Många landsting har valt att i utsökningen till ACG endast ta med diagnoser registrerade på besök medan Landstinget i Östergötland valt att alla diagnoser tas med oavsett vilken vårdkontakt de registreras på. Motivet var att undvika fastlåsning vid ett visst sätt att arbeta och att skapa utrymme för utveckling av vården. Enkät svar och intervjuer har visat att många anser att ACG har inneburit en högre administrativ arbetsbelastning, se kapitel 5 och 6. Det är ofta arbetet med diagnosregistreringen på indirekta kontakter som lyfts fram i de synpunkterna.

4.4 Jämförelser med CNI

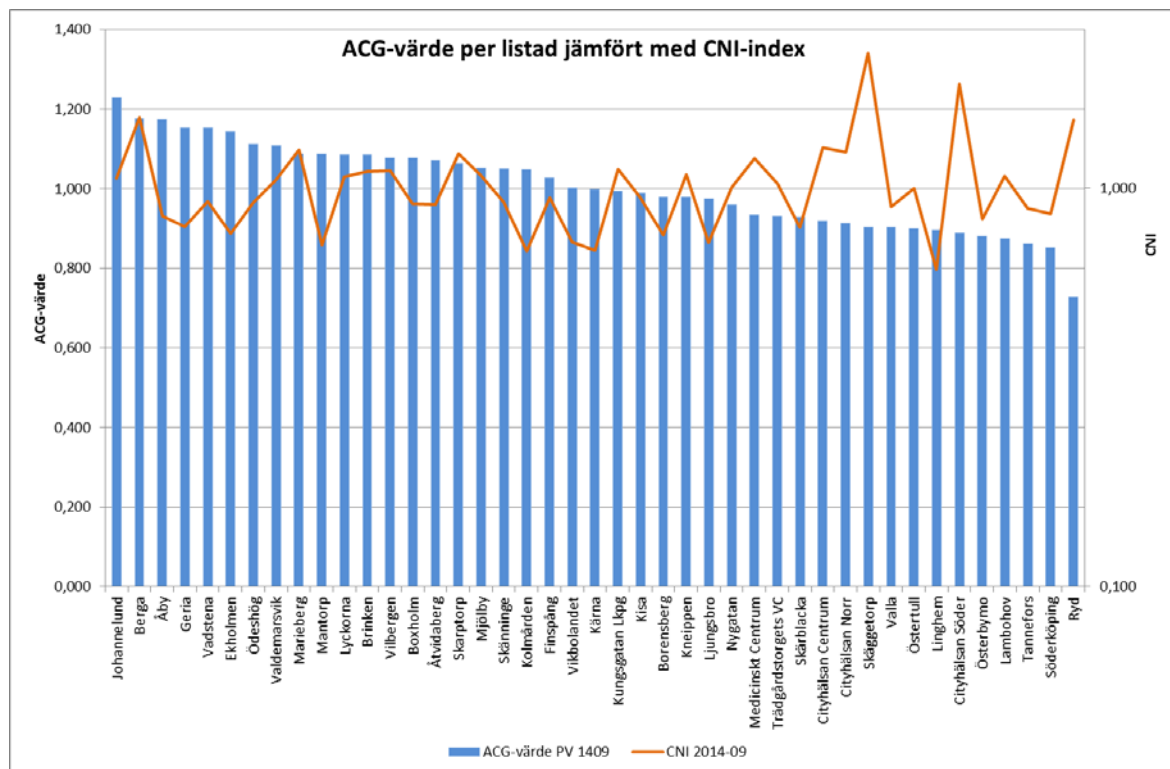
Ett klart samband finns mellan låg socioekonomisk status och ohälsa. Patienter med en socioekonomisk problematik kan också kräva en större insats av vården oavsett diagnos. Därför kompletteras aktuell ersättningsmodell med en socioekonomisk ersättning. Som grund för denna ersättning används CNI (Care Need Index). CNI är individbaserat och bygger på sju variabler med olika tyngd, se kapitel 2.2 ovan.

ACG-värdet per vårdcentral har förändrats över mätperioden medan CNI ligger relativt fast för vårdcentralerna. Det är inte oväntat eftersom rörligheten bland de listade är låg. Den omlistning som sker, eller de nya listade som tillkommer, är endast en marginell del och inte tillräckligt stor för att påverka vårdcentralernas index.

I Östergötland är det framför allt fyra vårdcentraler som har högt CNI-index och det kan konstateras att det finns ett svagt samband mellan högt CNI och lågt ACG-värde, se nedanstående diagram. Det jämför CNI och ACG (vårdvalsdelen). Varje vårdcentral har en stapel lika hög som sitt ACG-värde och linjen visar dess CNI. Förklaringen till det omvända sambandet är bland annat att CNI baseras på faktorer oberoende av diagnosregistrering. Låg socioekonomisk status är snarare ett mått på risken att bli sjuk och är ett bra komplement till ACG. CNI kan också användas vid hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

En av parametrarna inom CNI avser person 1 år eller äldre som flyttat in i området. Definitionen av parametern är en person som flyttat från en kommun eller församling till någon annan kommun eller församling från föregående årsskifte. Kritikerna menar att denna parameter känns ålderdomlig och har inte något värde idag eftersom patienters uppgifter finns lättillgängliga i patientjournalen. Den gynnar endast vårdcentraler i områden med hög inflyttning, till exempel studentområden och missgynnar vårdcentraler i utflyttningsorter.

Datum: 2014-12-01



Figur 6. ACG-värde per listad (vårdvaldsdel) samt CNI för alla vårdcentraler i Östergötland. (källa: Webi)

En studie från Landstinget Blekinge¹ visar att ålder och kön bara kan förklara cirka 15 procent av variationerna i individers resursförbrukning. Vid användning av ACG blir dock förklaringsgraden betydligt högre, cirka 60 procent. Detta gäller dock endast på individnivå. En annan studie med data från Östergötland visar att kostnadsvariationen mellan vårdcentraler till betydande del förklaras av socioekonomi.² Författarna till artikeln anger som en anledning till detta att variationen i sjukdomsburda mellan vårdcentraler i Östergötland var mycket liten (och ännu mindre ifall hänsyn togs till åldersstruktur). Som det beskrevs i kapitel 4.1 ligger det högsta ACG-värdet per listad i Östergötland på 1,23 för en vårdcentral och det lägsta på 0,72. I jämförelse med andra landsting har många en större spridning av ACG-värdena. I Skåne har den vårdcentral med högst värde 1,38 och den med lägst 0,77 (maj 2014).

¹ Zielinski A, Kronogård M, Lenhoff H, Halling A: **Validation of ACG Case-mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care.** BMC Public Health 2009, 9:347

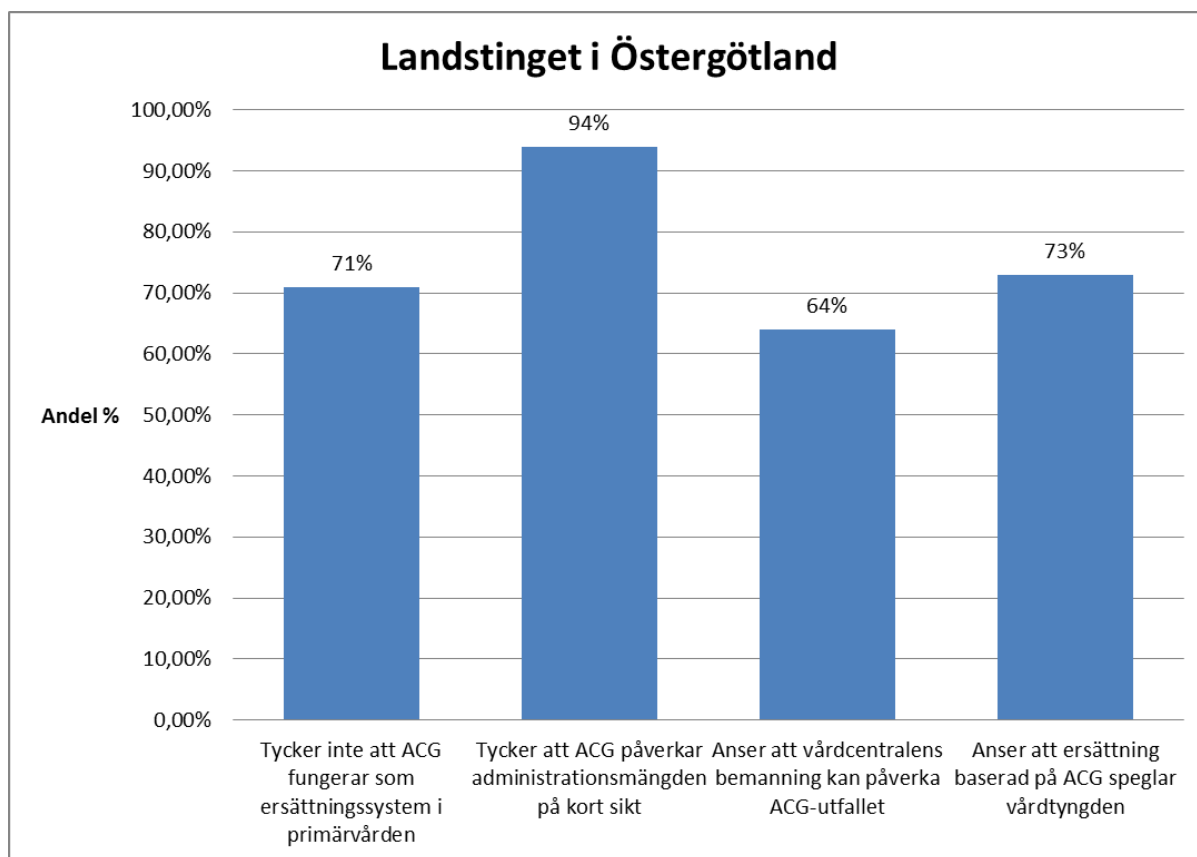
² Borgquist L, Andersson D, Engström S, Magnusson H: **Primärvårdsersättning efter socioekonomi eller sjukdomsburda.** Läkartidningen 2010; 107 (37)

Datum: 2014-12-01

5 Enkäter

Den enkät som skickades ut till samtliga läkare på vårdcentralerna i september 2014 besvarades av 165 personer, varav 23 ST-läkare. Frågorna återfinns i bilaga 2.

Resultatet av enkäten illustreras av diagrammen nedan. En majoritet, 71 %, tycker inte att ACG fungerar som ersättningssystem i Landstinget i Östergötland. Nästan alla anser att administrationsmängden påverkas på kort sikt och 64 % svarar ja på frågan om vårdcentralens bemanning kan påverka ACG-utfallet. Drygt 30 % valde svarsalternativet "kanske" på samma fråga. Över 70 % tycker att ersättning baserad på ACG speglar vårdtyngden på vårdcentralen.

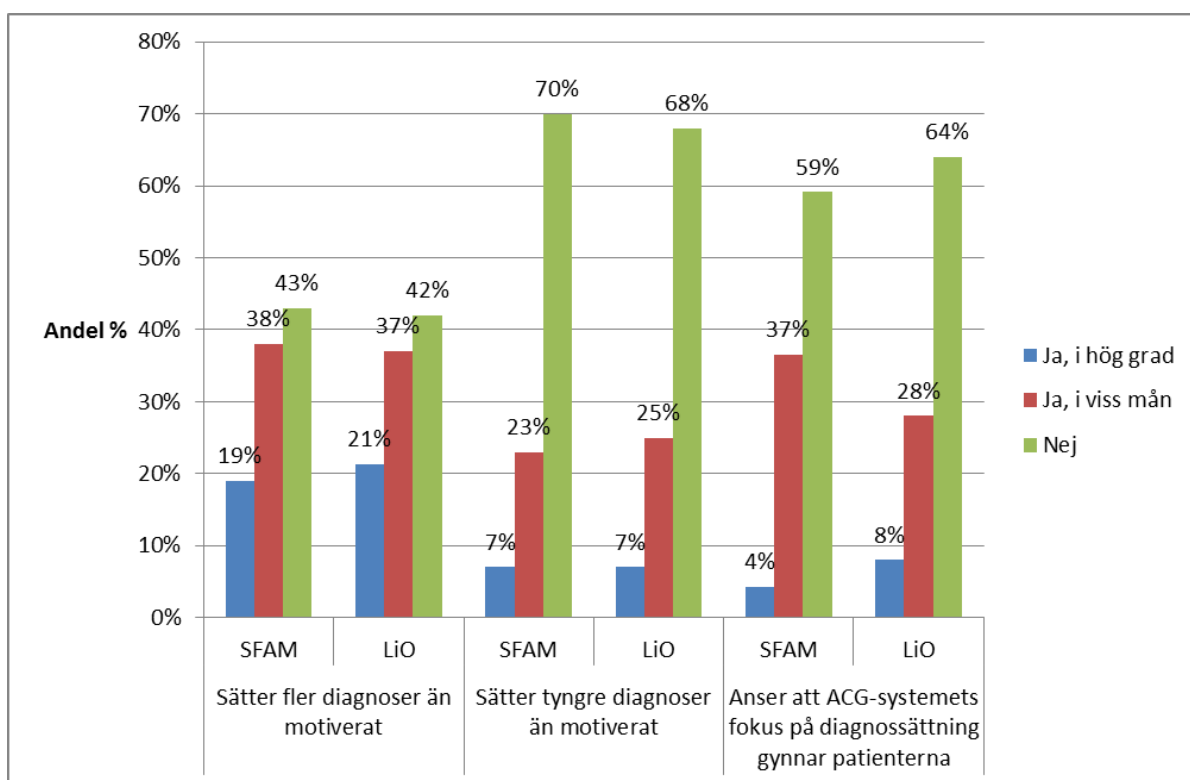


Hur svarsalternativen har grupperats finns i bilaga 3.

SFAM genomförde en liknande undersökning bland sina medlemmar som besvarades av 118 allmänläkare och ST-läkare under november 2013. Tre av landstingets enkätfrågor var identiska med frågor i SFAM:s enkät och resultaten från Östergötland respektive SFAM stämmer till stor del överens vilket visas i diagrammet nedan. Omkring en femtedel menar att de i hög grad sätter fler diagnoser än motiverat med hänsyn till påverkan på vårdcentralens ekonomi medan 7 % i hög grad sätter

Datum: 2014-12-01

tyngre diagnoser än motiverat av samma anledning. Majoriteten, ca 70 % sätter dock inte tyngre diagnoser än motiverat. Huruvida ACG-systemets fokus på diagnosättning gynnar patienterna menar de flesta att det inte gör det. Svaren i SFAM-enkäten är dock något mer positiva jämfört med LiÖ då över 40 % menar att patienterna gynnas, antingen i hög grad eller i viss mån, medan samma siffra för LiÖ är 36 %.



Respondenterna har i enkäten fått möjlighet att lämna fritextsvar. Av svaren framgår att det finns både kritiska röster och de som anser att ACG är acceptabelt som ersättningssystem. Det alla är överens om är att ACG orsakar mer administration i och med att större noggrannhet med diagnosättningen krävs, både vid direkta och indirekta kontakter. Det framkom även synpunkter beträffande övriga delar av ersättningssystemet, till exempel att det är dyrare att driva vårdcentral utanför tätorten och att CNI inte i tillräckligt hög grad ersätter vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden. Ett urval av svaren finns att läsa i bilaga 4

Datum: 2014-12-01

6 Intervjuer

Ett urval vårdcentraler kontaktades med förfrågan om de hade möjlighet att delta i en intervju angående ACG-systemet. Urvalet gjordes för att få spridning över länsdelar, privat/landstingsdriven, större/mindre vårdcentral, hög/låg ACG. Åtta av de tillfrågade vårdcentralerna kunde delta och intervjuer genomfördes med vårdcentralschef eller läkare på respektive vårdcentral. I vissa fall deltog även andra medarbetare vid intervjutillfället. Intervjuerna utgick från samma frågor som använts i enkäten, men gav tillfälle till mer fördjupade diskussioner och synpunkter.

Resultaten från intervjuerna överensstämde överlag med det som framkom vid enkäterna. Synpunkter som lyftes berörde bland annat arbetsmiljön för medarbetare, administrationsbörda/nytta, risk för manipulation/felkällor, samt effekterna för vårdcentraler med bemanningsproblem.

7 Riskanalys

Resultaten från enkäten och intervjuerna har analyserats och legat till grund för genomförandet av en riskanalys. Inledningsvis aggregerades och grupperades de olika risker som framkommit.

Primärvårdssamrådet samt medarbetare på ledningsstaben genomförde riskanalysen vid ett av sina möten. De grupperade riskerna bedömdes utefter hur stor risken är att det ska hända och hur stor effekten blir om det händer. De riskgrupperingar som användes vid riskanalysen var:

1. Risk för manipulation.
2. Risk för att ACG-systemet tar tid från patienterna.
3. Risk för orättvisa i och med att ersättningen är beroende av VCs olika förutsättningar.
4. Risk för att ACG leder till fel fokus.
5. Risk för att okunnighet och osäkerhet kring systemet leder till felaktigt användande.
6. Risk för ohälsa och stress i personalen vilket i sin tur drabbar patienterna.
7. Risk för att uppföljning, forskning och utveckling försvåras
8. Risk för att tilliten till ledning och kollegor minskar.

Se bilaga 5 för närmare beskrivning av riskgrupperna, samt grafisk beskrivning av resultatet av riskanalysen.

Några risker bedömdes ha stor risk att inträffa, samt ge stor negativ effekt om de inträffar. Högst rankades risken för orättvisa på grund av vårdcentralernas olika förutsättningar. Risker som påverkar medarbetarnas arbetsmiljö och tar tid från patienterna (2+6) hamnade också högt i riskbedömningen tillsammans med risk för fel i systemet på grund av okunnighet och osäkerhet (5).

Datum: 2014-12-01

I riskanalysen bedömdes några grupperingar ha mycket låg risk; risken för att uppföljning och forskning försvåras (7), samt risken att tilliten till ledning och kollegor minskar(8).

8 Diskussion och möjliga alternativ

Enligt det beslut som fattats kommer ACG, när det är helt genomfört 2016 stå för ca 88 % av den totala ersättningen till vårdcentralerna. De övriga delarna i ersättningssystemet är; CNI (Care Need Index) som bygger på den socioekonomiska situationen i den listade befolkningen, ersättning för "liten vårdcentral ensam på orten", ersättning för BVC-verksamhet och Mål och mått. Flera som har uttalat sig i enkät och i intervjuer påpekar att ACG och diagnoserna inte tar hänsyn till patienter med särskilda svårigheter av socioekonomisk art. CNI ger ersättning beräknad på den socioekonomiska situationen i den listade befolkningen. Önskemål har framkommit att den ersättningen ska väga tyngre i den totala ersättningen. Nu utgör den 7 % av den totala ersättningen, men en möjlighet kan vara att utöka den delen.

I CNI-ersättningen ingår en parameter person 1 år eller äldre som flyttat in i området. Denna parameter är ifrågasatt och en möjlighet kan vara att lyfta ut den ur beräkningen för att få den socioekonomiska ersättningen mer relevant.

Under arbetets gång har det framkommit farhågor att ACG-ersättningen inte tar hänsyn till äldre i tillräckligt hög grad. I projektet Holistiskt omhändertagande diskuteras en patientgrupp som inte söker den vård de skulle ha behov av, t ex äldre med begynnande demens. Möjligheten att införa en ersättning som ger större fokus på denna patientgrupp kan övervägas.

Frågan har ställts om gränsen för ersättningen för "små vårdcentraler ensamma på orten" ska ligga kvar på 8000 listade. En tidigare utredning visade på särskilda ekonomiska problem för denna grupp vårdcentraler. Det kan finnas anledning att överväga om gränsen för ersättningen bör justeras. Vårdcentraler ensamma på orten har i någon mån ett annorlunda uppdrag än vårdcentraler i de större städerna. Skillnader i vårdcentralernas uppdrag och arbetssätt kan utredas ytterligare med hjälp av produktionsplanering, som kan ligga till grund för förändring av arbetssätt och i förlängningen även ersättning beroende på storlek och geografisk placering. Även nivåerna på ersättningen kan ändras men det innebär en omfördelning mellan vårdcentraler i tätort och vårdcentraler i glesbygd.

I underlaget till ACG-ersättningen ingår såväl direkta kontakter (besök) som indirekta (telefon och brev). Det finns särskilda riktlinjer för hur diagnosregistrering ska ske. I enkäten och intervjuerna har synpunkter framkommit på huruvida indirekta kontakter ska vara med i utsökningen till ACG-ersättningen. Beslutet att ta med dem motiverades med att många patienter vill sköta en del av sina

Datum: 2014-12-01

vårdkontakter per telefon och via nätet. Mot det står uppfattningen att patienterna i första hand vill ha ett läkarbesök och att ersättningen bör premiera ett sådant arbetssätt. Här står olika vårdfilosofier mot varandra. De olika landstingen har valt olika lösningar.

Ett problem som många tar upp angående ACG är den utökade administrationen. Utbildning i diagnoskodning för alla som registrerar diagnoser och utbildning av vårdadministratörer på vårdcentralerna skulle dels kunna vara ett sätt att öka vårdpersonalens trygghet i sin diagnosregistrering och dels vara ett sätt att minska läkarnas administrativa börda.

Utbildning kan också tydliggöra regelverket och ge en gemensam bild av hur diagnos ska sättas. Detta skulle gynna ett rättvist ersättningssystem och förbättra kvaliteten i indata till olika former av uppföljning.

Det finns ett landstingsövergripande råd rörande sjukdomsklassifikation och frågor kring diagnossättning. Här bör även primärvården ingå. Strävan ska vara att på sikt få en mer enhetlig hantering av diagnossättning i Landstinget.

Andra förslag som framkommit är att undersöka möjligheten att skapa en rutin där kroniska diagnoser ligger kvar och inte behöver skrivas in vid varje kontakt. Det skulle förutsätta en teknisk lösning som inte finns i dagens läge utan innebär en förändring i Cosmic. Ett uppdrag att vidare utreda möjligheterna bör ges till ansvariga för Cosmic-utveckling.

Utsökningen av diagnoser görs idag under en tidsperiod av 18 månader. Denna period valdes för att diagnoserna som kom med i underlaget inte skulle vara för gamla för att kännas relevanta för patienterna. Det har kommit synpunkter på att vårdcentralerna känner press på att ändra sitt beteende och träffa "friska" kroniker i onödan för att få med deras diagnos. Om utsökningstiden utökas till 24 månader kan onödiga kontrollbesök eventuellt undvikas.

Vid införande av ACG beslutades att i vårdvalsdelen ha med endast de diagnoser som sätts på vårdcentralen för att på så sätt spegla de vårdinsatser som görs på vårdcentralen. Några landsting har med alla diagnoser som sätts på den listade befolkningen, även de som sätts i den specialiserade vården. Det motiveras med att det bättre speglar sjukdomsbördan i den listade befolkningen. I den del som ersätter för läkemedelskostnader är alla diagnoser med i utsökningen med motiveringen att vårdcentralen står för alla kostnader för allmänläkemedel. Inkluderas alla diagnoser som sätts inom hela sjukvårdsorganisationen får eventuella felaktigheter ett mindre genomslag på ersättningen. Detta eftersom de felaktiga diagnoserna då utgör en mindre andel av totalen än om endast primärvårdens diagnoser ingår.

Om alla diagnoser är med även i vårdvalsdelen av ersättningen bör ett system för täckningsgrad utarbetas, som bygger på hur stor andel av den listade befolkningen som tas om hand av andra vårdgivare.

Datum: 2014-12-01

9 Rekommendationer och slutsatser

I den vidare utvecklingen av ersättningssystemet finns det ett värde i att följa hur andra landsting utformar sina ersättningssystem och ta intryck av deras erfarenheter. När ACG är infört enligt plan 2016 kommer det i Östergötland utgöra en stor del av den totala ersättningen och mer än i de flesta landsting.

Inom landstinget i Östergötland pågår flera utvecklingsprojekt som kan komma att påverka utformningen av ersättningssystemet, t ex Framtidens bästa primärvård och Holistiskt omhändertagande.

Arbete med uppföljning av ersättningen i olika aspekter kommer att fortsätta även i framtiden.

De åtgärder som föreslås bör främst gynna patienterna på sikt och även skapa en bättre arbetsmiljö för medarbetarna inom primärvården.

Utifrån ovanstående analyser och diskussioner föreslås följande:

- Att andelen CNI utökas
- Att utreda frågan om parametern nyinflyttade ska lyftas ur CNI-beräkningen
- Att utreda möjligheten att komplettera ACG med en ersättning som ger större fokus på äldre
- Att skillnader i uppdrag mellan vårdcentraler på små och stora orter utreds vidare inom projektet Framtiden primärvård
- Att mervärdet av diagnossättning på indirekta kontakter utreds och ställs i relation till den administrativa insatsen
- Att förtydliga regelverket för diagnossättning
- Att utöka utbildningsinsatser i diagnossättning
- Att primärvården ska ingå i Landstingets övergripande råd för sjukdomsklassifikation
- Att utreda möjligheten i Cosmic att kroniska diagnoser bara behöver sättas en gång
- Att utreda om alla diagnoser, även de som satts inom slutenvården, ska vara med i utsökningen till ACG-ersättning inom vårdvalsdelen

Ledningsstaben
Anne-Marie Zingmark
Camilla Paananen

Plan för uppföljning av utfall vid införande av ACG och CNI, reviderad 2014-11-27.

Aktivitet	Tidpunkt	Ansvarig
Hemsida med tillgång till beräkningar av ACG ersättning klar	1 nov 2013	CP
Instruktion för diagnossättning lägga ut på hemsidan	1 nov 2013	CP
Ny modell för ersättning införs	1 jan 2014	CP
Uttag av data	Ca 10 feb	CP
Möte för analys av utfall på ledningsstaben	12 feb 2014 kl 9.30-12.00	KA, AKL,AMZ, MS
Info på PV-forum	27 feb kl 13.30 – 16.00	KA, AKL
Möte för analys av utfall på ledningsstaben	17 mars 2014 kl 10.30 12.00	KA, AKL, AMZ, MS
Genomgång av utfall och diskussioner på auktorisationsuppföljningar med vårdcentralerna	15 mars-30 april 2014	KA, AKL, MS + CP, AMZ
Analys av utfall på ledningsstaben	1 maj 2014	KA, AKL, AMZ, MS
Rapporter i Webi klara	1 juni	CP
Info på PV-forum	4 juni kl 13.30 – 16.00	KA, AKL
Analys av utfall på ledningsstaben	1 september 2014	KA, AKL,AMZ, MS
Info på PV-forum	4 sept	KA, AKL
ACG-uppföljning, enkäter och intervjuer	September	KA, AKL
Rapport sammanställning av uppföljning och resultat	November	AMZ
Info på PV-forum	4 dec	CP, KA, AKL,AMZ, MS

De uppföljningsparametrar som tas fram ska dels återfinnas i kvalitetsrapporten och dels läggas ut löpande på hemsidan i lämplig form t ex diagram.

Frågor i enkäten:

- 1. Vilken länsdel arbetar du inom?**
- 2. Hur gammal är du?**
- 3. Hur anser du att ACG fungerar som ersättningssystem för primärvården i Östergötland?**
- 4. Anser du att ACG-systemet leder till ökad administrationsmängd på kort sikt?**
- 5. Anser du att ACG-systemet leder till ökad administrationsmängd på lång sikt?**
- 6. Tycker du att du sätter fler diagnoser än motiverat på grund av hänsyn till din vårdcentralens ekonomiska situation?**
- 7. Tycker du att du sätter tyngre diagnoser än motiverat på grund av hänsyn till din vårdcentralens ekonomiska situation?**
- 8. Anser du att vårdcentralens bemanning kan påverka ACG utfallet?**
- 9. Anser du att ACG-systemets fokus på diagnossättning gynnar patienterna?**
- 10. Anser du att ACG bidrar till att styra vårdcentralens verksamhet i rätt riktning?**
- 11. Anser du att ersättning baserad på ACG speglar vårdtyngden på vårdcentralen?**
- 12. Hur skulle du vilja se det fortsatta användandet av ACG i Östergötland?**
- 13. Övriga kommentarer och synpunkter:**

Gruppering av svaren i enkäten:

Tycker inte att ACG fungerar som ersättningssystem: Sex nivåer från Mycket bra till Mycket dåligt. De som angivit någon av de tre lägsta nivåerna anses inte tycka att ACG fungerar som ersättningssystem i Landstinget i Östergötland.

Tycker att ACG påverkar administrationsmängden på kort sikt: Fyra alternativ, Ja, i hög grad, Ja, i viss mån, Nej, oförändrad samt Nej, snarare minskad. De som svarat Ja, i hög grad eller Ja, i viss mån anses tycka att ACG påverkar administrationsmängden på kort sikt.

Anser att vårdcentralens bemanning kan påverka ACG-utfallet: Tre alternativ, Ja, Kanske och Nej. De som svarat Ja anses tycka att vårdcentralens bemanning påverkar ACG-utfallet.

Anser att ersättning baserad på ACG speglar vårdtyngden: Tre svarsalternativ, I hög grad, I viss mån samt Nej. De som svarat I hög grad eller I viss mån anses tycka att ersättning baserad på ACG speglar vårdtyngden.

Ett urval av svar från enkäten:

Svårt att veta ännu! Jag ser vissa problem, tex risk för överdiagnostik. Det tar också väldigt mycket mer tid att diagnossätta alla indirekta kontakter. Det är förstås tid som måste tas från annat arbete med patienterna

Det grundar sig på diagnossättning där det inte finns något konsensus på hur, när och vilken omfattning vi skall sätta diagnos. Det blir ett race mellan vårdcentraler där man slåss om ersättningspengen som totalt inte blir större oavsett antal diagnoser

Mer rättvist än kapitering som ersättningssystem. Ngt mer tidskrävande. Kan också vara kvalitetshöjande och främja det holistiska synsättet.

Det avspeglar inte det som är avsett att mätas - vårddyngd - utan diagnossättningsbeteendet, som påverkas och trissas upp av ersättningssystemet.

Blir mycket godtyckligt. Vården saknar rutiner för hur en hel rad tillstånd skall diagnossättas. Tar massor med tid som måste tas från raster, av patienttid. Rör framför allt alla kontakter där recept skrivs. Blir nu mycket mer tungrott.

Leta reda på gamla diagnoser för aktuell läkemedelsförskrivning tar några minuter extra per recept

Vi har sedan länge (sedan vi fick BMS 1993) satt diagnos på de sjuk och tillstånd som avhandlas vid våra besök men inte för att få ekonomisk ersättning utan för att kunna bedriva lokalt kvalitetsarbete men också för att kunna följa pats olika besvär över tid. Även en säkerhetsfråga, viktigt att olika allvarliga tillstånd som cancer, mm framgår tydligt i pats jnl. Därför har ACG i sig inte medfört så står extra admin - fränsett att vi nu i viss mån även sätter diagnos vid indirekta kontakter och telefonkonsultation.

Tvärtom, ACG leder till bra ordning i journalen- man kan lita på att alla patientens sjukd finns i diagnoserna o inte i löpande text.

Jag sätter förstås fler diagnoser än tidigare, men då kanske jag underlät att sätta alla som togs upp vid ett besök, utan bara huvuddiagnosen.

Har tidigare inte satt diagnoser vid receptförnyelse om de redan finns dokumenterade i journalen. Nu måste de upprepas ständigt för att inte missas vid den ekonomiska beräkningen

När patientens alla diagnoser sammanförs får man en bra överblick över patientens sjuklighet och man ser kroniska diagnoser ex cancer som satts flera år tillbaka vilket ur patientsäkerhetssynpunkt är bra.

sanna diagnoser, men underordnade hos en t ex multisjuk pat. tar tid i anspråk och bidrar inte till bättre vård

Det är rimligt att anta att en sämre bemannad VC inte kan ha lika många besök o kontakter och att det kan resultera i "färre diagnoser"

Först var jag emot- nu är jag för. Vid varje receptförnyelse/besök är jag mkt noggrannare at se hela människan o inte bara det akuta.

inte alls. Omhändertagandet är detsamma men tillgängligheten blir sämre som följd av ökad administration

Med förra systemet skulle vi ur ekonomisk synpunkt lista på äldre och friska patienter som gav intäkt men inte kostnad. Problemet med ACG är ju att vi inte vet vad som ger oss intäkter som i sig inte alltid leder till "rätt riktning" på verksamheten

det påverkar inte vårdcentralen i någon särskild positiv riktning ur hälso och sjukvårdssynpunkt för patienten utan det tar tid från vanligt patientarbete där vi måste hänga med för att inte förlora vår rimliga ersättning. det måste i så fall vara ett säkert, rättvist och bra system för att vara värt den tiden. Än så länge verkar dock ingen veta om det är så.

En enskild patient med lätt vägande sjukdom kan ju vara den mest vårdtunga patienten för vårdcentralen via sin personlighet, något som vi inte diagnosätter!

En lite mer rättvisande variant av ACG-baserad ersättning vore att enbart ha diagnoser satta vid läkarbesök och att inkludera slutenvårdsdiagnoser som exv i Skåne. Då blir det mindre volatilt och påverkbart av primärvården som är jäviga/drar ekonomisk fördel av att förändra sitt diagnosättningsbeteende. Diagnoser vid administrativa kontakter minskar incitament till att träffa patienter vilket är dumt. Diagnoser vid andra besök än till läkare och slutenvård ger ej merinformation

en viss del av ersättningen som ACG är rimligt men även andra ersättningar såsom listning, socioekonomi, antal utlandsfödda etc bör finnas tydligt med eftersom det kommer inte alls fram i ACG.

Jag tycker att kapitering efter ålder skulle vara 50% och ACG 50 %. Förstår inte att man utan att veta effekterna kan införa ett nytt system under tre årsperiod. Alternativet att det skulle införas under en 6-8 års period för att man skulle hinna följa effekterna och hinna göra justeringar i tid.

Har inga illusioner om att det perfekta ersättningssystemet existerar.

Risker grupperade inför riskanalysen och resultat från riskanalysen:

Ca 25-45 svar:

1. **Risk för manipulation.** Flera av de som svarat på enkäten menar att risken för manipulation ökar med ACG. Det är möjligt att manipulera genom att sätta fler eller tyngre diagnoser än vad som är motiverat. Detta leder enligt flera till att ACG inte mäter det som det är avsett att mäta, det vill säga vårdtyngd, utan istället hur många diagnoser man kan sätta. Detta kan i sin tur få konsekvenser för patienterna. Citat:

”Diagnoserna behöver inte vara felaktiga men kan vara ganska oväsentliga.”

”Av medicinska skäl och för kvaliteten behöver jag ej sätta 7 diagnoser på min diabetiker, gör det för ACG-pengarnas skull.”

”Det leder till diagnosinflation med medikaliserande sjukdomsstämpling av tillstånd som hellre skulle benämnas och samtalas om på ett hälsofrämjande sätt.”

”Det sker en successiv glidning i diagnoser.”

”De (patienterna) kan känna sig sjukare när de läser sin journal och svårare att få försäkringar.”

2. **Risk för att ACG-systemet tar tid från patienterna.** Många anser att administrationen kring diagnosställningen tar mycket tid, tid som istället skulle kunna läggas på patientmöten och mer ”väsentliga” arbetsuppgifter. Citat:

”Blir en diagnosjakt som tar tid och energi från det egentliga patientarbetet.”

”Omhändertagandet är detsamma men tillgängligheten blir sämre som följd av ökad administration.”

”Det tar också väldigt mycket mer tid att diagnosätta alla indirekta kontakter. Det är förstås tid som måste tas från annat arbete med patienterna.”

3. **Risk för orättvisa i och med att ersättningen är beroende av vårdcentralers olika förutsättningar.** Huruvida vårdcentraler tjänar på ACG-ersättningen beror till viss del på förutsättningar som de inte kan råda över, framförallt med avseende på läkarbemanningen som är ett problem på flera ställen. Flera nämner också att glesbygdsvårdcentraler inte ersätts och att socioekonomiska förutsättningar inte ersätts i tillräckligt hög grad. Detta kan dock också tyda på att de inte har full koll på CNI och det extra stödet till små vårdcentraler ensam på orten. Citat:

”Gynnar verksamhet med god administrativ disciplin mer än motiverat.”

”De vc som har bra bemanning kan lägga ner mkt tid på att hitta på diagnoser.”

”Risk att resurser snedfördelas... Vad jag hört har vårdcentraler i socioekonomiskt svaga områden (t ex Skäggetorp) fått minskad ersättning jfr tidigare vilket i så fall är olyckligt och visar att det nya ersättningssystemet inte i tillräckligt hög grad tar hänsyn till socioekonomi.”

"Ersätter ej för att det är dyrare att driva vårdcentral utanför tätorten."

"Allt bygger på vem som hinner göra mest onödigt arbete!"

4. **Risk för att ACG leder till fel fokus.** Då ersättningen grundas på diagnossättning tycker flera av de som svarat att fokus hamnar på det ekonomiska och administrativa istället för på patienten och patientens behov. Citat:

"ACG styr fokus mot att identifiera så många diagnoser som möjligt, inte hur vi behandlar dem eller hur vi förebygger sjukdom."

"Tävling om att diagnossätta allt som inte har det minsta relevans för att förbättra vårdinnehållet."

"Friskförklaring eller andra åtgärder än diagnos leder till sämre ekonomi för VC."

"Mindre drivkraft att bota."

"Lockelsen blir att sjukförklara människor vilket i sig är ohälsobringande."

"VAD tror ni är viktigast - att sätta rätt diagnoser eller hinna med patienterna????"

5. **Risk för att okunnighet och osäkerhet kring systemet leder till felaktigt användande.**

Kunskapen om hur systemet kring ACG fungerar verkar vara bristfällig. Det ligger också en osäkerhet i att alla vårdcentraler "slåss" om en viss summa pengar och flera beskriver det som en "jakt", att man "jagar" diagnoser och att det blir som en tävling mellan vårdcentralerna. Det saknas konsensus kring hur man diagnossätter. Citat:

"Känns osäkert då det är beroende av vår egen diagnosiver och att det relateras till andra vårdcentraler."

"Det går inte att planera verksamhet med ACG genom att det finns inte stabilitet."

"Mycket oklart kring diagnossättningen."

"Det grundar sig på diagnossättning där det inte finns något konsensus på hur, när och vilken omfattning vi skall sätta diagnos."

"Eftersom det är så hemligt hur ersättningen är utformad så gödslas det lätt med många diagnoser för att gardera sig för att få ersättning."

"Först när vi sluter upp kring hur, när och i vilken omfattning som vi diagnossätter så kanske systemet kan spegla tyngden."

"Det behövs betydligt mer info hur ACG är tänkt, beräknas, värderas etc till de som skriver diagnoser (läkare). Just nu är det mest rykten och trender vilket ger en misstro till systemet. Kanske i onödan/kanske inte men om man inte vet så spekuleras det."

Ca 5-10 svar:

6. **Risk för ohälsa och stress hos personalen vilket i sin tur drabbar patienterna.** Citat:

"ACG innebär att personal flyr vården."

"Tärande utmattning."

"Införandet av ACG (som nästa år ska utgöra en ännu större andel av vårdcentralens ersättning) ihop med andra administrativa pålagor enligt New Public Management genererar

flex som inte ersätts. Det är huvudanledningen till att jag sagt upp min fasta tjänst som distriktsläkare på vårdcentralen.”

”Mer admin ger färre läkartider och uttröttade doktorer.”

”Varför tror ni dl flyr??!!”

7. Risk för att uppföljning, forskning och utveckling försvåras. Citat:

”ACG gör att tolkningen av diagnoser försvåras ur forsknings och utvecklings-synvinkel.”

”Diagnosstatistik nu ganska värdelös och inte tillförlitlig för medicinsk uppföljning av patientgrupper.”

”Dessutom blir landstingets diagnosregister helt oanvändbart för ev framtida forskning om sjuklighet.”

”Journalen blir efterhand mer svåröversiktlig med många diagnoser där som upprepas för säkerhets skull.”

”Man kan INTE använda diagnos-översikten längre... journalerna är jätteröriga nu.”

8. Risk för att tilliten till ledning och kolleger minskar. Citat:

”Det är destruktivt och förtroendekrossande att fiska fram en massa diagnoser bara för att annars går pengarna till annan vårdcentral. Tilliten till landstingsledningen urgröps.”

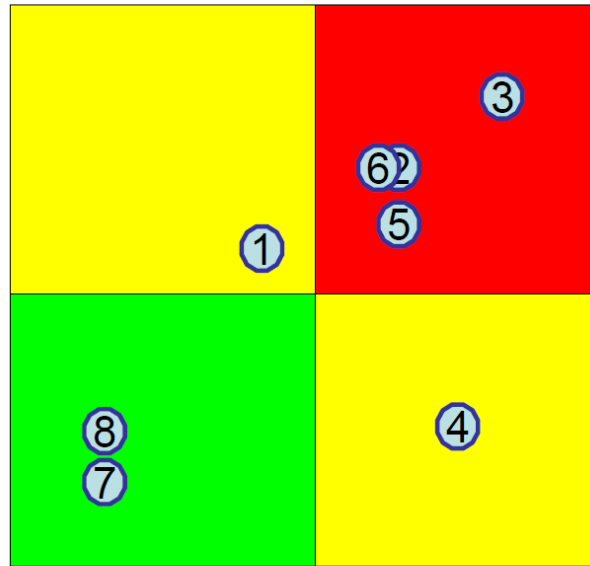
”...lett till en minskad tillit till varandra och till LiÖ centralt.”

”Skapar motsättning mellan vårdcentraler.”

Risikanalyis

Sannolikhet

Hög



1. Risk för manipulation.
2. Risk för att ACG-systemet tar tid från patienterna.
3. Risk för orättvisa i och med att ersättningen är beroende av VCs olika förutsättningar.
4. Risk för att ACG leder till fel fokus.
5. Risk för att okunnighet och osäkerhet kring systemet leder till felaktigt användande.
6. Risk för ohälsa och stress i personalen vilket i sin tur drabbar patienterna.
7. Risk för att uppföljning, forskning och utveckling försvåras
8. Risk för att tilliten till ledning och kollegor minskar.

Låg

Liten

Stor

Effekt